



## Heqje Dorë nga e Drejta për Shërbime Interpretimi Falas

Sipas ligjit, agjencitë e shtetit të Nju-Jorkut që ofrojnë shërbime ose përfitime për publikun duhet të ofrojnë shërbime interpretimi për personin që merr shërbimet ose përfitimet në gjuhën e tij të parë. Nëse vetëidentifikoheni ose jeni identifikuar si individ me njohuri të kufizuara në anglisht nga agjencia dhe dëshironi të hiqni dorë nga e drejta juaj për të marrë shërbime interpretimi falas, duhet ta plotësoni këtë formular. Informacioni që do të vini në dispozicion në këtë formular do të mbetet konfidencial dhe nuk do të ndahet me palë të treta.

### Emri i individit me Njohuri të Kufizuara në Anglisht (ose emri i përfaqësuesit të autorizuar)

Shënoni të gjitha alternativat e vlefshme:

- Më kanë informuar se gëzoj të drejtën që të përfitoj shërbime interpretimi falas.
- E kuptoj që mund të përfitoj shërbimet e një interpretuesi falas.
- Zgjedh të MOS i përdor shërbimet e një interpretuesi falas për momentin dhe do të:
  - Komunikoj vetë në anglisht.
  - Përdor shërbimet e interpretuesit tim personal (*Duhet të jetë të paktën 18 vjeç*). Vini re se për disa shërbime të caktuara, mund të mos ju lejohet të përdorni interpretuesin e zgjedhur nga ju.

Emri i interpretuesit: \_\_\_\_\_

Marrëdhënia me individin me njohuri të kufizuara në anglisht: \_\_\_\_\_

Tjetër: \_\_\_\_\_

- E kuptoj që mund të ndryshoj mendim në çdo kohë dhe të pranoj shërbimet e një interpretuesi falas.

Nënshkrimi i individit me njohuri të kufizuara në anglisht  
(ose i përfaqësuesit të autorizuar)

Data

FOR AGENCY USE ONLY	
Name of Employee: _____	
Division/Department: _____	
Email Address: _____	Phone Number: _____
_____	_____
<b>Signature of Employee</b>	<b>Date</b>

Individët konsiderohen si individë me njohuri të kufizuara në anglisht nëse nuk flasin anglisht si gjuhë të preferuar dhe kanë kapacitet të kufizuar për të lexuar, folur, shkruar dhe kuptuar gjuhën angleze të folur.